**ANEXO 1**

**FICHA DE POSTULACIÓN**

**CONCURSO PÚBLICO DIRECTOR CENTRO DE SALUD**

|  |
| --- |
| Nº EXP. |

 Fecha presentación de antecedentes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DIA | MES | AÑO |
|  |  |  |

**1.- IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE:**

**APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO**

|  |
| --- |
|  |

**NOMBRES**

|  |
| --- |
|  |

**R.U.T FECHA DE NACIMIENTO ESTADO CIVIL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**DOMICILIO**

|  |
| --- |
|  |

**CORREO ELECTRÓNICO FONO**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**2.- IDENTIFICACIÓN LABORAL DEL POSTULANTE:**

**PROFESION:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**CARGO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**LUGAR EN EL QUE SE DESEMPEÑA ACTUALMENTE**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**AÑOS DE SERVICIO EN SALUD PÚBLICA Y LUGAR DE DESEMPEÑO**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**RAZONES POR LAS QUE POSTULA A ESTE CARGO**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |